

LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA ESPECIALIZADA

Joan Llobera Cànaves

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección Atención Primaria de Mallorca. Insalud Baleares.

Resumen

Se realiza un estudio comparativo del patrón de derivaciones a los especialistas extrahospitalarios de los médicos que trabajan en los dos modelos de atención primaria de salud (APS): el modelo tradicional de consultorios de la Seguridad Social (CLSS) y el modelo más reciente de centros de salud (CS). Se recogió información durante 6 meses de un total de 82 médicos, incluyéndose finalmente las observaciones de 430 médicos-mes.

Se observa que de cada 1.000 personas que acuden a la APS, 72,6 son enviadas al especialista. La tasa de derivación es más alta en los CLSS (78,7) que en los CS (53,7) ($p < 0,001$). Las diferencias son mayores en las especialidades médicas que en las médico-quirúrgicas.

Las diferencias halladas en el patrón de derivación no se explican ni por el tamaño de la población adscrita a cada médico, ni por la presión asistencial, ni por la accesibilidad a los especialistas.

Todo ello sugiere que son las distintas características de los modelos de APS y/o de los profesionales que en ellos trabajan las que explicarían las diferencias observadas en las tasas de derivación a los especialistas.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Derivación de pacientes.

THE REFERRAL OF PATIENTS FROM PRIMARY TO SPECIALIST HEALTH CARE

Summary

A comparative study is made of the pattern of referral to extra-hospital specialist from doctors working in the two models of primary health care: the traditional model of the social security practice (CLSS) and the more recent model of health centres (CS). Data were collected over a six month period from a total of 82 doctors. A total of 430 doctor-months have been included, in the study.

For every 1,000 patients attending primary health services, 72.6 are referred on to specialist. The referral rate is higher in CLSS (78.7) than in CS (53.7) ($p < 0.001$). The differences are greater in the medical specialties than in the surgical ones.

The differences found in the referral pattern cannot be explained by the size of the population registered on the list of each doctor, nor by the pressure of demand for care, nor by access to specialists.

The results suggest that the different characteristics of the models of primary health care, and/or of the professionals working in them are responsible for the differences observed in referral rates to specialists.

Key Words: Primary Health Care. Referral of patients.

Introducción

Debido al continuo desarrollo de las Ciencias Médicas, el abanico de conocimientos y técnicas ha ido ampliándose, requiriendo la especialización progresiva de profesionales y estructuras asistenciales. Este proceso ha tenido como efecto paradójico, la potenciación del papel del nivel primario, para evitar la atomización excesiva de la atención, pernicioso tanto desde el punto de vista humano como para la eficiencia del sistema.

El sistema sanitario debe asegurar la calidad científico-técnica de sus prestaciones y la continuidad de la

atención, que debe ser personalizada, centralizada y coordinada^{1,2}.

Desde esta óptica, el médico de cabecera ocupa el lugar estratégico para centralizar la atención, la información y coordinar la circulación de enfermos responsabilizándose de la continuidad en la atención.

El médico de cabecera debe conocer las limitaciones propias de su nivel asistencial. Para asegurar la calidad científico-técnica derivará al nivel especializado los casos que así lo requieran, sin que ello implique que delegue sus funciones. En el nivel primario debe resolverse la mayoría de problemas de salud que presenta la población pero a su vez deben

derivarse los casos que sobrepasan sus capacidades.

El retener y el derivar forman parte de la dialéctica propia del acto diagnóstico y terapéutico. La decisión depende de varios tipos de factores: de la estructura del sistema sanitario, del propio médico de cabecera, del especialista y del paciente^{3,4}.

El presente estudio tiene por objeto conocer la tasa de derivación y a qué especialidades derivan los médicos de Atención Primaria de Salud (APS) del Insalud de Palma de Mallorca. Además, se comparan los patrones de derivación de los médicos de los dos modelos asistenciales: Centros de Salud (CS) y el modelo tradicional

Correspondencia: Joan Llobera Cànaves. Sant Bonaventura 1, 3er 2a. 07001 Palma de Mallorca.

de consultorios de la Seguridad Social (CLSS), analizando la formación del médico y la presión de demanda en la consulta de estos centros.

El trabajo no pretende definir o juzgar qué niveles de derivación son más recomendables, sino sólo describir una situación que puede ser de interés, como un elemento más, en el debate existente en estos momentos de reforma de la APS, en los que se da una coexistencia del viejo y el nuevo modelos asistenciales. La reforma también afecta a las especialidades, ya que inicia el camino hacia la supresión de las especialidades extrahospitalarias como nivel asistencial y las integra en los servicios jerarquizados hospitalarios.

Material y métodos

Se ha realizado un análisis prospectivo de las derivaciones efectuadas durante seis meses (octubre 1986-marzo 1987) por todos los médicos de APS del Insalud de Palma de Mallorca, que tenían una plaza en propiedad de más de 1 año de antigüedad en el momento de iniciar el estudio. Se excluyeron los médicos interinos, sustitutos y los que llevaban menos de un año en su puesto de trabajo, por considerar que en estos casos, la tendencia a derivar puede no estar estabilizada dada la necesidad de estudiar una población desconocida por el profesional.

Se han incluido un total de 19 médicos de 3 CS y 63 médicos de los 6 CLSS de Palma. Por falta de fiabilidad se excluyeron los datos de dos meses de los médicos del consultorio mayor de Palma y 5 meses de un médico de CS.

Se incluyeron un total de 430 observaciones válidas de las derivaciones realizadas mensualmente por los 82 médicos incluidos.

En los CS la información se extrajo de los registros de actividad diaria y en los CLSS se implantó un modelo de registro que cumplimentaba la enfermera o auxiliar de enfermería que está en la consulta al lado del médico y que fue instaurado como un registro

más a rellenar para el control de la actividad en el Insalud. Se analizaron todas derivaciones a todas las especialidades extrahospitalarias a excepción de Radiología y Laboratorio.

El indicador utilizado para medir la frecuencia de derivaciones fue la tasa de derivación mensual (TDM), que relaciona los pacientes derivados a lo largo de un mes sobre el total de pacientes que han consultado durante el mismo período:

$$\text{TDM} = \frac{\text{Número de pacientes derivados por médico y mes}}{\text{Número de pacientes visitados por médico y mes}} \times 1.000$$

Las TDM se calcularon globalmente para todas las especialidades médicas y médico-quirúrgicas y para cada especialidad por separado.

En el caso de la Salud Mental los resultados de derivación deben ser interpretados con prudencia, ya que en los CS existen equipos de salud mental, a los cuales se les derivaba informalmente, sin que a veces quedase registrado.

La información sobre la situación laboral de los médicos y su formación de base se obtuvo en la Dirección Provincial del Insalud de Baleares y en el Colegio Oficial de Médicos de Palma.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS-PC, en un ordenador personal IBM-AT.

Figura 1. Tasas de derivación a especialistas.
Tasas globales y de cada modelo de atención primaria

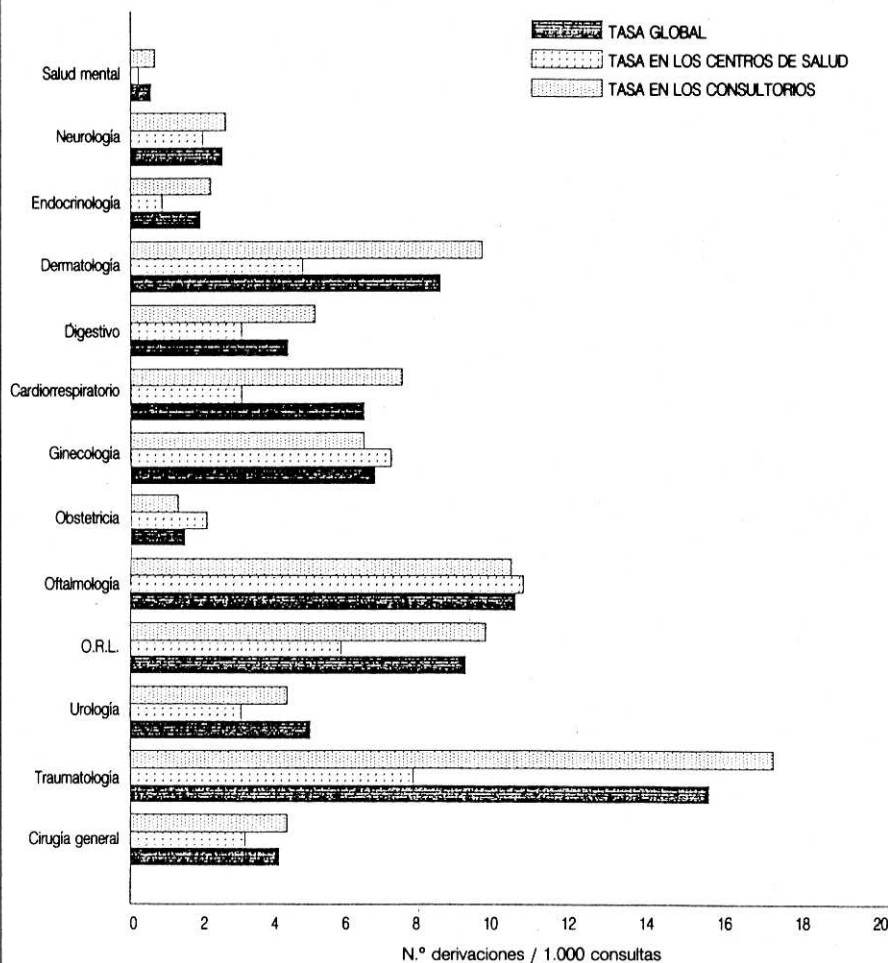


Tabla 1. Tasas de derivación mensual a especialistas (TDM) en los dos modelos de atención primaria de salud: Consultorios clásicos de la Seguridad Social (CLSS) y Centros de Salud (CS)

	TOTAL		Centros de Salud (CS)		Consultorios (CLSS)		
	TDM	D.E.	TDM	D.E.	TDM	D.E.	
Quirúrgicas* (Cirugía, Traumatología, Urología)	22,9	13,1	15,7	6,0	25,1	13,8	p<0,001
Órganos de los sentidos* (O.R.L., Oftalmología)	18,8	9,5	15,9	5,9	18,9	10,3	p<0,001
Tocoginecología* (Tocología y Ginecología)	7,7	4,6	8,9	4,6	7,4	4,6	p<0,01
Medicina Interna (Digestivo, Cardiorespiratorio, Neurología, Endocrinología, Dermatología)	22,7	11,1	13,0	5,9	25,7	12,7	p<0,001
Salud Mental (Psiquiatría, E.S.M.)	0,5	1,2	0,2	0,7	0,7	1,3	p<0,001
TDM Médico-Quirúrgica* (Quirúrgicas, Sentidos, Tocoginecología)	49,4	22,7	40,4	11,5	52,3	24,6	p<0,001
TDM Médica (Medicina Interna, Salud Mental)	23,2	13,7	13,3	5,9	26,4	14,1	p<0,001
TDM Global (Médico-quirúrgicas y Médicas)	72,6	33,4	53,7	14,9	78,7	35,5	p<0,001

*Especialidades con cupo quirúrgico

Los métodos estadísticos que se utilizan en el presente estudio, son el coeficiente de correlación de Pearson, el test de la t de Student para el contraste de las medias y el test de la χ^2 para la comparación de proporciones.

Resultados

De cada 1.000 personas que acuden a la consulta de un médico de APS del Insalud de Palma 72,67 son enviados al especialista extrahospitalario.

La tendencia a derivar por parte de los médicos de CLSS es un 46,5% superior a la de los médicos de CS estudiados. Las diferencias son mayores para las especialidades médicas que para las médico-quirúrgicas.

En la figura 1 se puede observar cómo, en general, los médicos de los CS derivan menos que los de los CLSS, excepto a las especialidades de Oftalmología, Tocología y Ginecología.

Las diferencias entre el patrón de derivaciones de ambos modelos de AP son estadísticamente significativas (p<0,001).

En la tabla 1 aparecen las agrupaciones realizadas de las diferentes especialidades y los resultados de cada una de ellas según el modelo de APS. En todos los casos, las diferencias son estadísticamente significativas.

Además de derivar menos, los médicos de los CS lo hacen de manera más uniforme que los de los CLSS. El coeficiente de variación de las TDM de los médicos de CS fue de 27,7% mientras que en los médicos de los CLSS, este coeficiente fue de 45,1%.

Al estudiar si la formación post-graduada de los médicos podía ser el motivo que explicase las diferencias en la tendencia a derivar, se observó que la formación no podía ser considerada una variable independiente del modelo de APS. En la tabla 2 se puede apreciar la formación de los médicos según modelo de APS. Al contrastar la formación de los médicos de los CS con los de los CLSS, las diferencias fueron estadísticamente significativas (p<0,0001).

Los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MF y C), derivan menos que los demás médicos, pero al no existir médicos de familia en los CLSS no se puede

aventurar cual sería el patrón de derivación de estos profesionales si trabajasen en este modelo de APS. De todas formas, en el interior de cada modelo, se realizaron las comparaciones según formación que se consideraron más lógicas.

En los CS no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de derivación de los médicos de Familia y los que no lo eran (p=0,13).

En los CLSS se compararon las tasas de derivación de los médicos con formación especializada obtenida por la vía MIR y los demás médicos (médicos generalistas y especialistas cuyo título no lo obtuvieron por la vía MIR). Tampoco en este caso las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas (p=0,52).

Para el análisis de la posible influencia de la presión de la demanda (media de consultas por médico/día) sobre las tasas de derivación de to-

Tabla 2. Formación de los médicos incluidos en el estudio, según el modelo de atención primaria

	Centros Salud (CS)		Consultorios (CLSS)	
	n	%	n	%
Médico Generalista	2	10,5	21	33,3
Medicina Familiar y comunitaria	14	73,7	0	0
Medicina Especialista (sin MIR)	3	15,8	32	50,8
Medicina Especialista (por vía MIR)	0	0	10	15,9
TOTAL	19	100	63	100

p<0,00001

Tabla 3. Algunas características de los médicos incluidos en el estudio, según el modelo de atención primaria. (Medias y desviaciones estándar)

	Centros Salud		Consultorios		
	\bar{x}	(DE)	\bar{x}	(DE)	
Edad	31,7	(2,2)	48,0	(10,2)	$p < 0,0001$
Años post-licenciatura	7,6	(1,3)	21,6	(10,3)	$p < 0,0001$
Antigüedad en el actual puesto de trabajo	1,9	(0,2)	9,4	(7,1)	$p < 0,0001$

dos los médicos incluidos en el estudio, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson, que resultó de $r = -0,32$ ($p < 0,0001$). Ello puede indicar que a mayor demanda, menor tendencia a derivar. Mientras que en los CS no se halló correlación entre la presión asistencial y las TDM ($r = -0,19$; N.S.), en los CLSS la correlación fué inversa ($r = -0,31$; $p < 0,001$). En todo caso la influencia parece ser débil.

Al correlacionar el número de cartillas por médico con sus TDM no se observó que el volumen de población adscrita influyese en la tendencia a derivar ($r = 0,20$; N.S.).

Se compararon las características de los médicos incluidos en el estudio, apreciándose en todas ellas diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales de ambos modelos de APS (tabla 3).

Discusión

El estudio compara la tendencia a derivar de los médicos de dos modelos de APS coexistentes en la misma Institución Sanitaria (Insalud) y en una misma ciudad (Palma de Mallorca). Los usuarios de ambos modelos de APS compartían los mismos especialistas, siendo su accesibilidad y la disponibilidad muy similares para ambos.

En su conjunto, la tasa de derivación hallada (72,6/1.000) es intermedia a las descritas en nuestro país⁵⁻¹¹ y superior a la de otros países¹²⁻¹⁶.

Los médicos pertenecientes al nuevo modelo de APS (CS) derivan menos que los pertenecientes al antiguo modelo (CLSS).

En cuanto a los aspectos ligados al

médico de APS que pueden determinar la tendencia a derivar, cabe señalar que las diferencias no pueden ser explicadas por distinta disponibilidad de técnicas diagnósticas o terapéuticas, ya que son similares en ambos modelos de APS. Tampoco parece influir de forma importante ni la cantidad de población adscrita ni la presión de demanda en la consulta.

La explicación de las diferencias debería buscarse entonces entre factores más subjetivos, tales como la ansiedad del médico ante la decisión de retener o derivar y, sobre todo, la asunción del rol que debe jugar el médico de la APS como principal punto de contacto del usuario con el sistema sanitario³.

Sobre estos elementos podrían influir tanto las diferentes características de los profesionales (tablas 2 y 3), como la forma de trabajo de los médicos de cada modelo de APS. En los CS, a diferencia de los CLSS, se trabaja en equipo, se realizan sesiones clínicas, se comentan los casos, se protocolizan las patologías más prevalentes. Es conocida la influencia del hecho de trabajar en equipo sobre las derivaciones^{17,18}. Otros factores que podrían influir serían: el disponer de tiempo suficiente para la elaboración de historias clínicas y la citación de enfermos para estudio o control de sus procesos.

A pesar de que, por la composición de los médicos de los CS y de los CLSS, no se ha podido demostrar la influencia de la formación independientemente del modelo de APS donde se trabaja, parece lógico pensar que el programa de formación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MF y C) puede influir sobre la asunción por el médico de

Familia del papel de «guardián operativo» que se otorga actualmente al médico de APS, como puerta de entrada y coordinador de la atención al paciente en el sistema sanitario¹⁹⁻²¹.

Si nos ceñimos a los resultados observados, al analizar la formación en el interior de cada modelo de APS, concretamente en los CS, el hecho de que entre los médicos especialistas en MF y C y los médicos sin dicha especialidad no se puedan demostrar diferencias estadísticamente significativas, podría ser debido a: 1. El escaso número de médicos sin la especialidad de MFyC; 2. Los médicos sin esta especialidad, que han optado por integrarse en CS, conectan con la filosofía y funciones de la APS del nuevo modelo y 3. El trabajo en equipo puede disminuir las diferencias.

Entre los médicos de los CLSS no se observa que el tener una formación especializada hospitalaria y conseguida por la vía MIR influya sobre las tasas de derivación. Este resultado iría más en la línea de que lo determinante es la percepción del rol de la APS y las condiciones de trabajo y no tanto la formación hospitalaria post-graduada.

El hecho de que las diferencias entre las TDM sean más marcadas para las especialidades médicas que para las médico-quirúrgicas, puede también explicarse porque en estas últimas la decisión de derivar va más ligada a que el médico de APS no dispone de capacidades técnicas ni tecnologías suficientes para intervenir y resolver los problemas detectados en el paciente, lo cual no es tan cierto en los problemas médicos.

Es interesante apreciar que no sólo las medias de las TDM, son inferiores para los médicos de los CS que para los de los CLSS, si no que también la dispersión de los resultados es menor en los primeros. Esta observación podría estar ligada a la mayor uniformidad de las características de los médicos de los CS en lo referente a su formación, edad, antigüedad en el puesto de trabajo, sin olvidar los argumentos antes señalados de la importancia del trabajo en equipo.

El presente trabajo no incluye ningún elemento relacionado con las características de los pacientes derivados o retenidos. La influencia de su estado de salud, su ansiedad, su percepción de la necesidad de ser derivado o retenido, su confianza en el médico de cabecera, etc., son también factores que, sin duda, pueden influir en el proceso de derivación y que no han sido abordados en este estudio.

Agradecimientos

A Raquel López, por su colaboración en el trabajo.

A la Dirección Provincial de Insalud Baleares por facilitarme el acceso a la información y a los medios técnicos.

Bibliografía

1. Vuori H V. L'assurance de la qualité des prestations de santé. OMS. Bureau Regionale Europe. *La Sante Publique en Europe* 1984; 16: 35-7.

2. Organization mondiale de la Santé. Bureau Regional Europe. L'efficacité des soins médicaux. *Rapport d'un symposium 1967. (EURO 294.2)*. Copenhagen:OMS, 1967.

3. Pritchard P. *Manual de Atención Primaria de Salud. Su naturaleza y organización*. Barcelona: Díaz de Santos, 1986: 39-45.

4. Ludke RL. An examination of the factors that influence patients referral decisions. *Med Care* 1982; 20: 782-96.

5. Montaner J, Llor JI, Tellado JI et al. Descripción de la demanda asistencial en la Unidad docente de Tortosa. *Atención Primaria* 1985; 2: 7-8.

6. Louro A. Demanda derivada en Atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1986; 87: 693.

7. Fraile J, Abreu Ma, Muñoz JC et al. El médico de Familia y el Hospital. Análisis de un proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina Familiar y Comunitaria. *Med Clin (Barc)* 1986; 86: 405-9.

8. Gervas JJ, García Olmos L, Pérez Fernández M et al. El coste económico de la medicina ambulatoria: Estudio de una consulta. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 474-83.

9. Almenar ED, Martí JF, Bartual MJ et al. Demanda de Especialidades en los Ambulatorios de la Seguridad Social de la Comunidad Autónoma Valenciana. *Medicina Integral* 1986; 7 (8): 382-90.

10. Lombardero E. Estudio de la demanda asistencial en una zona rural de Asturias. *Atención Primaria* 1985; 2: 73-9.

11. Alfonso JL, Sanchis V. Atención Primaria en

medio rural: Estudio comparativo con medio urbano. *Med Clin (Barc)* 1986; 86: 143-6.

12. Fry J. Twenty years of general practice-changing pattern. *J R Coll Gen Pract* 1972; 22: 521-28.

13. Geyman JP, Brown T, Rivers K. Referrals in Family Practice: a comparative study by geographic region and practice setting. *J Family Pract* 1976; (e): 163-7.

14. Moscovice I, Shortell SM, Schwartz CW. Referral patterns of Family physicians in underserved rural area. *J Family Pract* 1979; 9: 677-82.

15. Glenn JK, Hofmeister RW, Neikirk H. Continuity of care in the referral process: an analysis of Family Physicians expectations of consultants. *J Family Pract* 1983; 16:329-34.

16. Penchansky R, Fox D. Frequency of referral and patients characteristics in group Practice. *Med Care* 1970; 8: 368-85.

17. Shortell SM, Vahovich SG. Patients Referral Differences among specialities. *Health Serv Res* 1975; 2: 146-61.

18. Rosenblatt RA, Moscovice IS. The physician as gate keeper. *Med Care* 1984; 22: 150-9.

19. Tudor Hart J. Necesitamos un nuevo tipo de Médico de Cabecera. *Atención Primaria* 1984; 1: 109-15.

20. Martín Zurro A, Cano Perez JF. *Manual de atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1986: 9-11.

21. Villalbí JR, Raventós J, Rovira J. et al. Impacto del programa de residencia en M.F. y C. sobre la A.P. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 16-17.

